

JÄMTmedel



Informationsblad från Läkemedelskommittén i Jämtlands län

ÅRGÅNG 37 • NR 1 • MARS 2012

UR INNEHÅLLET:

Nya Z-läkemedel 3

Hypoglykemi – en underskattad risk? 6

Individualiserade mål för glykemisk kontroll vid typ 2-diabetes 8

»De mest sjuka äldre« 11

INNEHÅLL

Nya Z-läkemedel	3
Väsentliga förändringar i preparatval i nya Z-läkemedel	4
Intensiv blodsockersänkande behandling utan nytta?	5
Hypoglykemi – en underskattad risk?	6
Suscard inte tillgängligt under 2012	7
Individualiserade mål för glykemisk kontroll vid typ 2-diabetes	8
»De mest sjuka äldre«	11
Läkemedelsfrågor i nationell enkät till patienter inom primärvården	14
Nyheter om pris och subvention av antiepileptika	16

OMSLAGSFOTO: VÅRVINTERPROMENAD PÅ STORSJÖNS IS/GUDRUN ROS

JÄMTmedel

Informationsblad från Läke-medelskommittén i Jämtlands läns landsting

www.jll.se/lakemedel

REDAKTÖR OCH ANSVARIG UTGIVARE Per Magnusson

REDAKTION Järpens hälsocentral • Skolvägen 29 • 830 05 Järpen • per.magnusson@jll.se

GRAFISK FORM & LAYOUT Gudrun Ros grafisk form

TRYCK Landstingstryckeriet, Östersund 2012

Ordförande har ordet

Nya Z-läkemedel

PER MAGNUSSON, ORDFÖRANDE I LÄKEMEDELSKOMMITTÉN

Med detta nummer av Jämtmedel kommer även den nya rekommendationslistan för Jämtland: Z-läkemedel. Att ge rekommendationer om lämpliga läkemedel är en av huvuduppgifterna för läkemedelskommittén. Rekommenderade preparat skiljer sig mycket lite mellan olika kommittéer i landet men texten med terapiråd vid olika indikationsområden har mycket olika omfattning.

Att varje landsting framställer en egen rekommendationslista medför att nationella riktlinjer anpassas och förankras lokalt. Dessutom blir det ett utbildningstillfälle för deltagare i expertgrupperna och ett diskussionsforum mellan primär- och sekundärvård.

Z-läkemedel finns även på webben på sidan jll.se/lakemedel. I den versionen kommer länkar att läggas in till adekvat sida i Läkemedelsboken, patientinformation om läkemedel på 1177.se med mera.

Rekommenderade preparat för Jämtlands län kommer även att bli tillgängliga via Svensk informationsdatabas för läkemedel (SIL). Pascal, som infördes 23 april istället för e-dos, använder SIL. I Pascal blir rekommenderade läkemedel markerade vid val av läkemedel i varuregistret. Utveckling pågår nationellt för all text med terapiråd från Z-läkemedel ska kunna presenteras i Pascal vid val av läkemedel.



Väsentliga förändringar i preparatval i nya Z-läkemedel

Förutom dessa ändringar i preparatval har texten förändrats i flera avsnitt.

Vi har infört två generella symboler:

* = Utbytbara läkemedel enligt läkemedelsverkets lista 2012-01-31. Observera att för att utbyte ska kunna ske utan att patienten får betala hela kostnaden själv krävs att läkemedlet även ingår i förmånen.

▲ = Undvik, eller reducera dosen hos patienter med nedsatt njurfunktion.

Andningsvägar

- Pulmicort spray samt Atrovent inhalationspulver borttaget (finns inte längre)
- Serevent och Flutide Evohaler har lagts in samt information om lämplig spacer till dessa

Allergi

- Rhinocort Aqua borttaget och ersatts av Desonix nässpray
- Lomudal Nasal borttaget

Endokrinologi

- Glimepirid (Amaryl) inlagt

Gynekologi

Antikonception:

- Trionetta och Trinordiol borttaget
- Yaz och NuvaRing inlagt på listan
- Implanon ersatt av Nexplanon
- Kopparspiral inlagt

Akut antikonception:

- Kopparspiral inlagt på listan
- ellaOne inlagt på listan

Klimakteriebesvär:

- Kliogest borttaget (avregistrerat)

Hjärta/kärl

Sekundärprofylax efter CVL/TIA:

Förstahandsalternativ: clopidogrel

Andrahandsalternativ: Acetylsalicylsyra (Trombyl)
Dipyridamol (Persantin)

Neurologi

Migrän:

Almogran och Maxalt borttaget.

Imogran nässpray som fjärdehandsalternativ är borttaget

Restless Legs: Madopark borttaget

Rörelseapparaten

- Ketoprofen geler borttaget

Ögon

- Fluorescein strips har lagts till på listan för mottagningsbruk

Öron Näsa Hals

- Infektionsläkemedel har lagts till i överensstämmelse med vårdprogrammet
- Rhinocort Aqua är borttaget och ersatt av Desonix



Intensiv blodsockersänkande behandling utan nytta ?

LORENZ RISK-PLÖTZKI, DISTRIKTLÄKARE TORVALLA HÄLSOCENTRAL,
MEDLEM I LÄKEMEDELKOMMITTÉNS EXPERTGRUPP HORMONER

För några år publicerades tre stora studier (ACCORD, ADVANCE och VADT) som inte kunde påvisa någon eller endast marginell effekt av intensiv blodsockersänkande behandling på kardiovaskulär sjuklighet eller mortalitet. Däremot tyder långtidsuppföljningen av UKPS på bestående nytta av blodsockersänkning. Studierna väckte mycket diskussion kring nyttan av intensiv blodsockersänkande behandling och huruvida eventuell nytta skulle vara begränsad till vissa patientgrupper.

I höstas publicerades i British Medical Journal (BMJ) en meta-analys enligt Cochrane-metodiken kring frågan¹. Fjorton kliniska randomiserade studier inkluderades som samtliga hade jämfört intensiv med mindre intensiv eller sedvanlig blodsockersänkande behandling. Definitionen av intensivbehandling skiljde sig åt mellan studierna. Vanliga definitioner var mål-HbA1c mindre än 5,5 procent eller 6,0 procent (med svenska mått) eller mål-fasteglukos mindre än 6,1 mmol/l. Uppföljningstiden i studierna varierade mellan tolv veckor och tolv år, de flesta pågick under några år. Totalt omfattade studierna över 28 000 patienter. ACCORD, ADVANCE, VADT och UKPDS stod för över nittio procent av patienterna.

Studiernas heterogenitet krävde användning av en ganska avancerad statistik, men resultaten och författarnas slutsatser är ganska entydiga:

Intensiv blodsockersänkande behandling minskar inte den totala dödligheten nämnvärt! Detta verkar inte vara en fråga om otillräcklig evidens, eftersom datamängden bedöms vara tillräcklig. Dessvidare så finns det inte evidens för att påvisa någon signifikant effekt på kardiovaskulär dödlighet. Däremot minskar troligen risken för icke-dödliga hjärtinfarkter (relativ riskreduktion femton procent) och mikrovaskulära

komplikationer (relativ riskreduktion tolv procent), men här bedöms dataläget som inte tillräckligt säkert än.

Risken för allvarlig hypoglykemi (definierat som hypoglykemi där hjälp av tredje person krävdes) ökar signifikant med intensiv blodsockersänkande behandling med ungefär trettio procent.

Vilka konsekvenser har dessa data för den kliniska vardagen? Hur ska vi på golvet förhålla oss? Resultaten ska inte tolkas så att blodsockersänkning i sig är meningslös. Studierna jämförde inte intensiv behandling med ingen behandling, de jämförde väldigt bra med bra blodsockerbehandling. Att dra slutsatsen att blodsockerbehandling och HbA1c inte skulle spela någon roll, vore alltså helt fel. Däremot ska vi inte pressa ner blodsockret till varje pris.

En viktig praktisk slutsats måste vara att vi ytterligare behöver individualisera och anpassa våra behandlingsstrategier och -mål till den enskilde patienten. Hur det kan ske belyser Mats Eliasson i den utmärkta vägledningen här intill.

En annan slutsats blir att behandlingen av blodtryck och blodfetter och livsstilsåtgärder blir ännu viktigare. Dessa behandlingar gör påvisad nytta. Kombinationsbehandling omfattande alla fyra områden (blodsocker, lipider, blodtryck och livsstil) visades bland annat i STENO-2-studien vara en av de mest effektiva behandlingar vi har.

REFERENS

1. B Hemmingsen, SS Lund, C Glud et al
Intensive glycaemic control for patients with type 2 diabetes: systematic review with meta-analysis and trial sequential analysis of randomised clinical trials
www.bmj.com/content/343/bmj.d6898
(Published 24 November 2011)

Hypoglykemi – en underskattad risk?

LORENZ RISK-PLÖTZKI, DISTRIKTSLÄKARE TORVALLA HÄLSOCENTRAL,
MEDLEM I LÄKEMEDELKOMMITTÉNS EXPERTGRUPP HORMONER

Ett internationellt läkemedelsföretag ordnade i januari ett symposium kring ämnet *hypoglykemi vid diabetes*. Bakgrunden till symposiets ämne ligger i de senaste årens stora studier vid typ 2-diabetes som inte kunde visa en sänkning av makrovaskulära händelser vid intensiv diabetesbehandling eller till och med visade en ökning av sådana händelser. Studierna hade gemensamt att det förekom betydligt fler hypoglykemier i de intensivbehandlande studiearmarna.

Hypoglykemi definieras av den amerikanska diabetesassociationen (ADA) som p-glukos < 4.0 mmol/l och av den europeiska läkemedelsmyndigheten EMA som p-glukos < 3.0 mmol/l. I kliniken används ofta p-glukos < 3.5 mmol/l som gräns.

Hypoglykemier är enligt vanliga bland patienter som behandlas med SU eller insulin. Efter några års diabetesduration kan frekvensen ligga i storleksordningen sju till tolv procent årligen vid SU-behandling och tjugo till trettio procent årligen vid insulinbehandling.

Professor Stephanie Amiel, London, fokuserade på hypoglykemins centralnervösa effekter och belyste frågan varför så många patienter med lång diabetesduration har så svårt att varsebli uppkommande hypoglykemier i tid och att ta till adekvata motåtgärder. Ett fenomen som kallas för *unawareness of hypoglycemia*.

I vanliga fall reagerar kroppen på en (hotande) hypoglykemi med en stressreaktion (stress response). Hjärnan uppfattar hypoglykemin och den därpå

följande stressreaktionen som något obehagligt som bör undvikas. Vid upprepade hypoglykemier sker det dock en vanebildning. Kroppen och hjärnan vänjer sig vid de återkommande låga blodsockernivåerna (desensitization). Kroppens motreaktion slås på allt senare och vid allt lägre blodsockernivåer, så att utrymmet för åtgärder blir allt snävare. Ju senare kroppen reagerar,

ju mindre tid finns det innan blodsockret har sjunkit så lågt att hjärnan påverkas så pass att den inte mäktar längre att utlösa adekvat och rationellt beteende och tills personen slutligen hamnar i koma. Desvärre förändrar återkommande hypoglykemier även hjärnans tolkning av dessa på så vis att hypoglykemierna upplevs allt

mindre obehagliga, tills de slutligen inte längre upplevs överhuvudtaget som något negativt som ska undvikas. En förklaring till mångåriga diabetespatienters känslomässiga ointresse att ta sina hypoglykemier på allvar.

Professor Brian Frier, Edinburgh, redogjorde för *hypoglykemins fysiologiska effekter* i övrigt. Kroppens stressreaktion som svar på hypoglykemi leder till ökad hjärtminutvolym (cardiac output) och till höjning av det perifera och centrala blodtrycket. Detta leder i sin tur till sämre (diastolisk) myokardperfusion. EKG-förändringar förekommer, så som arytmier och förlängd QT-tid, vilka i sin tur skulle kunna vara förklaringen till plötslig död hos diabetiker. Det ökade blodtrycket tillsammans med proinflammatoriska och prokoagulatoriska faktorer leder till endothelförändringar och



trombotiska händelser. Detta är en trolig förklaring till sambandet mellan alltför aggressiv blodsockersänkande behandling och ökade förekomst av hjärtinfarkt och dylika händelser.

Docent Erik Moberg, Karolinska, talade om *riskfaktorer för hypoglykemi* ur klinikers synvinkel. De främsta riskfaktorerna förutom såklart behandling med insulin eller SU är ålder, lång diabetesduration och insulinbrist. Insulinresistens, som ju finns hos de flesta av våra adipösa patienter, är däremot en skyddsfaktor.

Med åldern försämras både varseblivning av (hotande) hypoglykemi och den fysiologiska motreaktionen. Dessutom uppträder kognitiva inskränkningar redan vid mindre låga blodsockernivåer. Äldre reagerar alltså både senare och sämre på lågt blodsocker, samtidigt som de är känsligare för komplikationerna.

En annan betydande riskfaktor är hypoglykemierna själva. Ju fler och svårare hypoglykemier en patient haft, desto större är risken för en ny hypoglykemi.

Orsaken är den ovan skildrade »unawareness of hypoglycemia«.

Till sist ska även nämnas att läkemedel så som Waran, NSAID och allopurinol kan förstärka insulin-effekten och på så vis öka risken för hypoglykemi.

Professor Hannele Yki-Järvinen, Helsingfors, gav en översyn över *olika behandlingsstrategier med insulin*: basinsulin – mixinsuliner – basis-bolus-behandling – insulinaloga. Insulineffekten på HbA1c-minskning relaterar direkt till insulindosen, dvs. insulinmängden, oavsett behandlingsprincip. Däremot har behandling med endast basinsulin en klart mindre risk för hypoglykemi och därför bör insulinbehandling hos typ 2-diabetespatienter i regel inledas med basinsulin-behandling (NPH-insuliner).

Artikelförfattarens resa till och deltagandet vid symposiet finansierades jämlikt av läkemedelskommittén JLL och av Sanofi, som även arrangerade symposiet.

Suscard inte tillgängligt under 2012!

Läkemedelsverket meddelar att Suscard buckaltabletter inte kommer att tillhandahållas under en längre tidsperiod (cirka ett år) på grund av tillverkningsproblem. Suscard är ett kärlvidgande läkemedel som används förebyggande och vid akuta besvär av kärlkramp.

Patienter bör därför förskrivas ett annat alternativ. Ett helt jämförbart alternativ till Suscard finns inte att tillgå. Förstahandsrekommendationen är Glytrin/Nitrolingual spray som sprayas under tungan. Och tabl Nitroglycerin Recip 0,25 mg ska vara tillgängligt under v 3 och 0,5 mg under v 4.

Individualiserade mål för glykemisk kontroll vid typ 2-diabetes

MATS ELIASSON, MEDICINKLINIKEN, SUNDERBY SJUKHUS

Nationella riktlinjer för diabetes och Läkemedelsverkets rekommendationer understryker att målsättning för glukosmetabol kontroll vid typ 2-diabetes bör individualiseras. Hos patienter med längre tids sjukdom eller känd hjärtkärlsjukdom ska blodsockerbehandling drivas mindre intensivt men hos nydebuterade som är friska ska en intensiv behandling övervägas.

Bakgrunden är de stora studier som inte kunnat visa minskad kardiovaskulär sjuklighet eller dödlighet av intensiv behandling annat än hos de med kort sjukdomstid, vilket redovisades i SBU-rapporten från 2009 och i flera aktuella metaanalyser¹. Intensivbehandling ger tre gånger ökad risk för allvarlig hypoglykemi och kan leda till nedsatt livskvalitet och inskränkningar i det vardagliga livet.

En aktuell svensk studie visade att en tredjedel av tablett- och insulinbehandlade diabetiker i särskilda boenden hade normala HbA1c och att många sannolikt hade ouppträckta allvarliga hypoglykemier². En osystematisk klinisk erfarenhet är att allt fler äldre-äldre läggs in på Sunderby sjukhus med »kronisk hypoglykemi» och journalgenomgångar visar bristande uppföljning av glukoskontroll, brister i agerandet vid påvisade nära-normala glukos/HbA1c-värden och en avsaknad av journalförd målsättning med behandlingen. I Östergötland prövades en strukturerad utsättning av diabetesläkemedel hos personer i särskilt boende med HbA1c < 6,0 procent³. Efter sex månader kunde 75 procent fortsätta med färre eller utsatta läkemedel utan någon riskabel ökning av glukosbalansen.

Det saknas konkreta riktlinjer för hur vi ska individanpassa målsättningen för HbA1c, inte minst för äldre bräckliga patienter⁴. I en aktuell rapport gör en grupp amerikanska forskare ett försök att på evidensbaserad grund skapa ett ramverk för analys och beslut kring HbA1c-mål utgående från kliniska karakteristika och andra faktorer som sammanfattas i figuren och tabellen⁵.

Målsättning för glukosmetabol kontroll definieras som:

- Intensiv (47–51 mmol/mol)
- Mindre intensiv (52–62 mmol/mol)
- Begränsad (cirka 63 mmol/mol)

Kliniska karakteristika som bör modifiera målsättningen

Komorbiditet (dvs. andra samtidiga sjukdomar) som kan leda till nedsatt förväntad överlevnad, tung multifarmaci, njursvikt och svårigheter att klara avancerad diabetesmedicinering.

Ålder – yngre patienter ska leva många år med förhöjda glukosvärden och har mest att vinna avseende diabeteskomplikationer men den som debuterar i hög ålder hinner inte utveckla sådana i samma utsträckning.

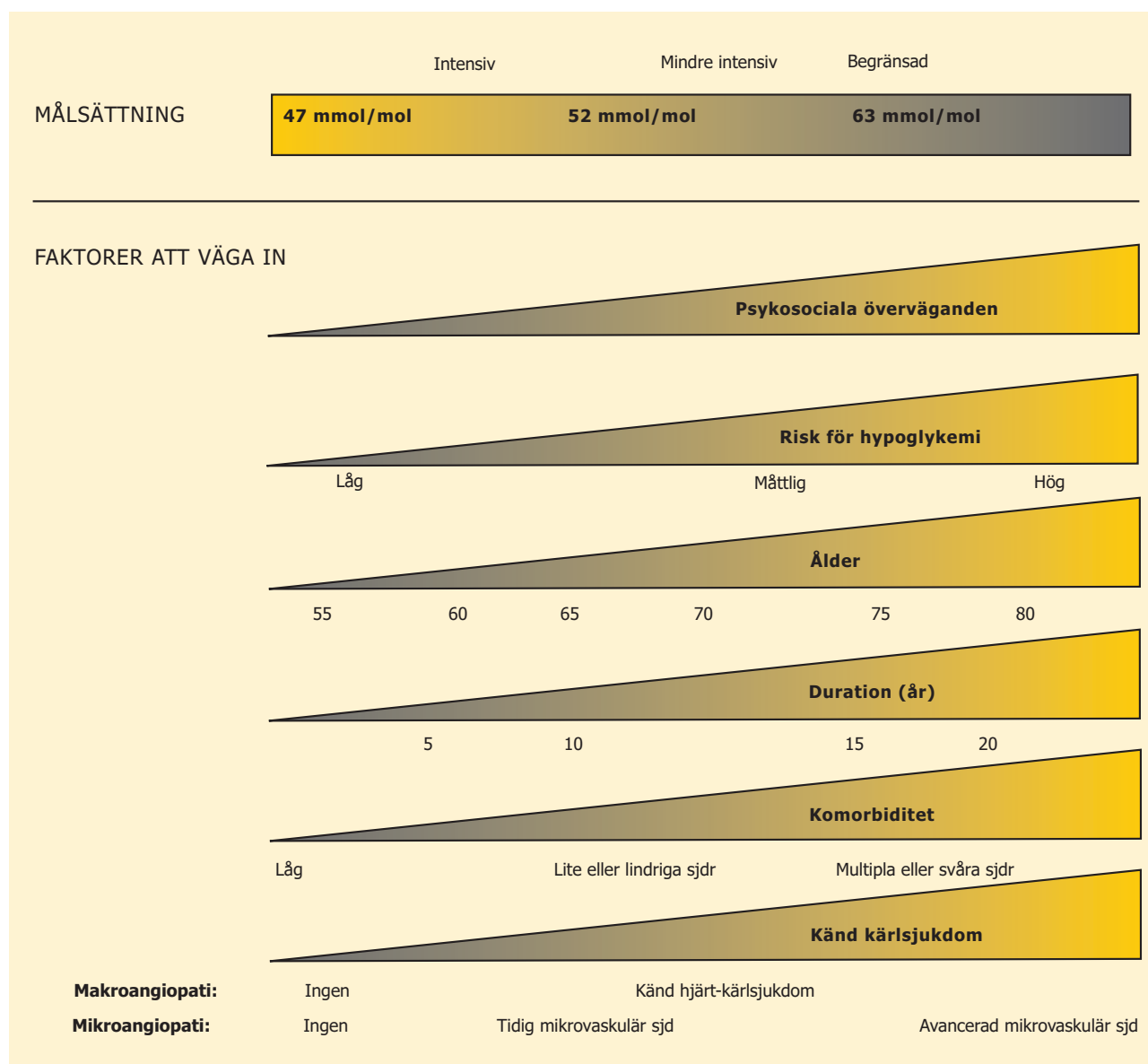
Hos nyinsjuknade eller hos de med kort (*fem till tio år*) *duration* av sjukdomen har lägre HbA1c större effekter för att förhindra komplikationer medan det är svårt att visa nytta av intensifierad glukoskontroll hos de med lång tids sjukdom.

Diabetiker med känd *hjärt-kärlsjukdom*, t.ex. hjärtinfarkt, PCI-behandling eller stroke, får ingen minskad risk för ny hjärtinfarkt eller stroke med lägre HbA1c varför målsättningen bör vara ett något högre mål, inte minst för att undvika riskabla hypoglykemier. Adekvat behandling av blodtryck och kolesterol är mycket mer angeläget.

Om patienten har *mikrovaskulära komplikationer* kan retinopati och albuminuri i viss mån minskas genom intensiv behandling men vid manifest njursvikt förhindras inte försämring och vid autonom neuropati är risken hög för allvarliga hypoglykemier.

Hos patienter med *demens eller kognitiv störning* och hos de som tidigare haft *hypoglykemier* är risken för grav hypoglykemi kraftigt ökad och vid samtidig koronarsjukdom riskeras då infarkter eller maligna arytmier.

Individualiserade mål vid typ 2-diabetes



Psykosocialt sammanhang

Patientens motivation, familjesituation, kognition och förmåga att tillgodogöra sig tekniska färdigheter för t.ex. insulininjektion och blodsockertest är väsentliga komponenter för att värdera rimlig målsättning. Både depression och mild kognitiv påverkan är vanligare hos patienter med typ 2-diabetes och har stort inflytande på möjligheten att nå ett lågt HbA_{1c} på ett riskfritt sätt. Vårdcentralens tillgänglighet, läkarkontinuitet och möjligheter att erbjuda patientutbildning, stöd och återkoppling är av yttersta vikt för att mer intensiv behandling ska genomföras utan stora risker för patienten.

Biverkningar och interaktioner

Diabetesläkemedel ger många allvarliga biverkningar: GI-besvär och laktacidosis med metformin; viktuppgång och hypoglykemi med SU och insulin; viktuppgång, ödem, hjärtsvikt och fraktur med glitazoner samt illamående och kräkningar med inkretiner. Eftersom de flesta dessutom står på flera hypertensivläkemedel och lipidsänkare, utöver hjärtläkemedel, så ökar risken för interaktioner. Med den utökade medicinering som efter några år krävs för en intensiv behandling är risken för nedsatt compliance överhängande.

forts. nästa sida

Strategi för att sätta individualiserade mål

Arbeta i två steg. Börja med att värdera kliniska karakteristika utifrån tabellen nedan. Modifiera sedan utifrån psykosociala överväganden, risk för hypoglykemi och komorbiditet utifrån figuren (som inte ska läsas bokstavligt utan mer som en pedagogisk modell för de överväganden som krävs). Notera att bakgrundsretinopati och mikroalbuminuri är att betrakta som tidig mikrovaskulär sjukdom till skillnad från manifest nefropati, symtomgivande neuropati och t.ex. makulaödem som är att betrakta som avancerad sjukdom. Följ upp och utvärdera tillsammans med din patient.

Sammanfattning

Med en vilja att göra gott för patienten som drivkraft har modern diabetesvård fått problem med alltför hög ambitionsnivå för glukoskontroll hos äldre och multi-

sjuka patienter. Vi riskerar att »det bästa blir det godas fiende«. En individualiserad målsättning i samråd med patienten kan balansera behovet att förhindra akuta och kroniska komplikationer med god livskvalitet och att undvika hypoglykemier och viktuppgång. Det redovisade underlaget kan vara ett hjälpmedel för detta och ska självfallet kombineras med en adekvat monitorering av HbA1c och riskfaktorer. Bra behandling av blodtryck och hyperlipidemi har avsevärt större effekter på risken för hjärtkärlsjukdom och förtida död.

REFERENSER

1. BMJ 2011;343:d6898 <http://korta.nu/pq3g6>
2. Diab Res Clin Pract 2008;82:197 <http://korta.nu/e91k1>
3. Läkartidningen 2009;24:1649 <http://korta.nu/eozpo>
4. JAMA 2011; 305:1350 <http://korta.nu/dndao>
5. Ann Intern Med 2011;154:554 <http://korta.nu/zwxqu>

Individualiserade mål för glykemisk kontroll vid typ 2-diabetes

Ålder	Duration DM	Komplikationer			Målsättning (HbA1c mmol/mol)
		Makroangiopati		Mikroangiopati	
< 65 år	Kort*	Ingen	och	Ingen eller tidiga	Intensiv (47–52)
	Lång**	Ingen	och/eller	Ingen eller tidiga	Mindre intensiv (52–63)
	Alla durationer	Etablerad	och/eller	Avancerade	Begränsad (ca 63)
> 65 år	Kort*	Ingen	och	Ingen eller tidiga	Intensiv (47–52)
	Lång**	Ingen	och	Ingen eller tidiga	Mindre intensiv (52–63)
	Alla durationer	Etablerad	och/eller	Avancerade	Begränsad (ca 63)
> 75 år eller "skröplig" (infirm) oavsett ålder	Alla durationer	Oavsett		Oavsett	Begränsad (ca 63)

* Kort duration är ungefär mindre än 5 till 10 år. **Lång duration är ungefär mer än 10 till 20 år.

»De mest sjuka äldre«

PER MAGNUSSON, DISTRIKTLÄKARE JÄRPENS HÄLSOCENTRAL, ORDFÖRANDE I LÄKEMEDELSKOMMITTÉN

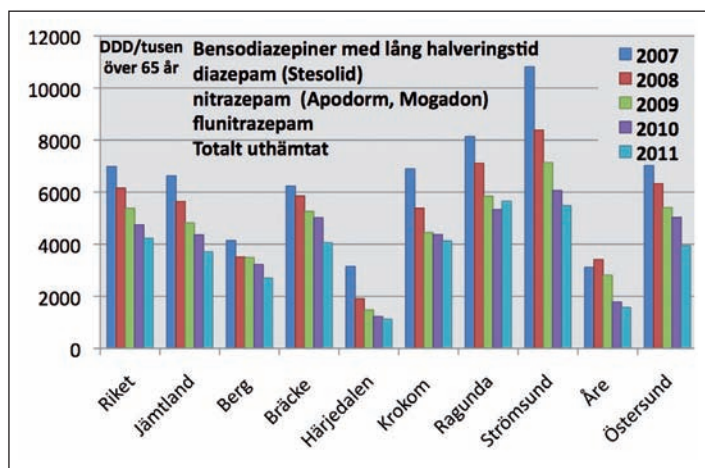
I satsningen på »de mest sjuka äldre« har regeringen och Sveriges kommuner och landsting gjort en överenskommelse om fördelning av stimulansmedel efter prestation¹. I läkemedelsdelen av överenskommelsen fördelas 325 miljoner kronor 2012 till de landsting som minskar tre läkemedelsmått med i genomsnitt minst tio procent:

- olämpliga läkemedel
 - Andel av alla över 65 år med minst ett olämpligt
- olämpliga läkemedelskombinationer
 - Andel D-interaktioner hos personer över 65 år
- läkemedel mot psykos
 - Andel av alla i särskilt boende

Om vi når målet kan Jämtlands län få minst 4,55 mkr beroende på hur många andra län som når målet. Sjutio procent fördelas till länets kommuner och trettio procent till landstinget.

Olämpliga läkemedel

1. Bensodiazepiner med lång halveringstid:



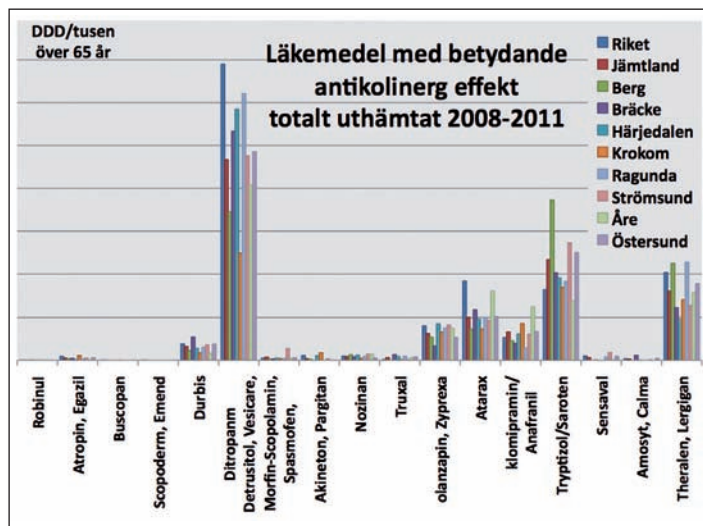
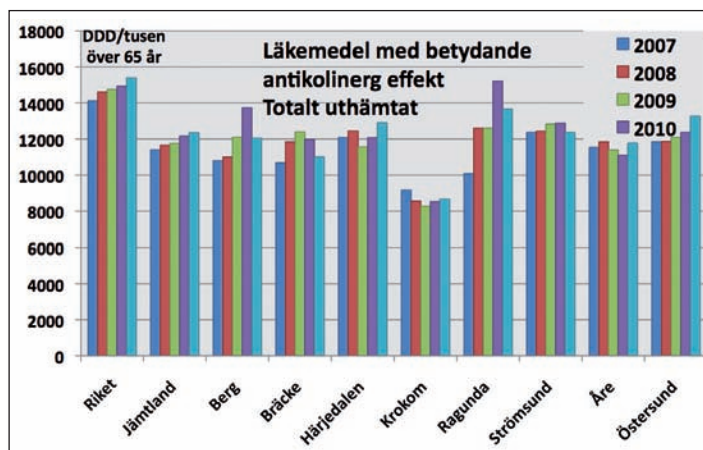
Förslag till alternativ till bensodiazepiner med lång halveringstid:

- Oxazepam (Sobril)
- Zopiklon (Imovane)
- Mirtazapin

2. Läkemedel med betydande antikolinerga effekter²:

Läkemedel med betydande antikolinerga effekter:

Emend, Emselex, IIVEMEND, Ketogan, Klomipramin (Anafranil), Truxal, Lergigan, Maprotilin (Ludimil), Metylskopolamin, Nortriptylin (Sensaval), Spasmofen, Toviaz, Morfin-Skopolamin, Nozinan, Oxibutynin (Kentera, Ditropan), Oxikodon-hyoscin, Pargitan, Proklorperazin (Stemetil), Quilla simplex, Robinul, Scopoderm, Amitriptylin (Tryptizol, Saroten).



Förslag till alternativ:

Vid sömnsvårigheter i stället för Nozinan:

- Zopiklon
- Mirtazapin

Vid illamående istället för Proklorperazin, (Stemetil), Dimenhydrinat (Amosyt, Calma), Levomepromazin (Nozinan), Lergigan, Scopoderm :

- Metoklopramid (Primperan)
- Meklozin (Postafen)
- Ondansetron

Vid oro istället för Alimemazin (Theralen), Atarax, Truxal:

- Oxazepam (Sobril)

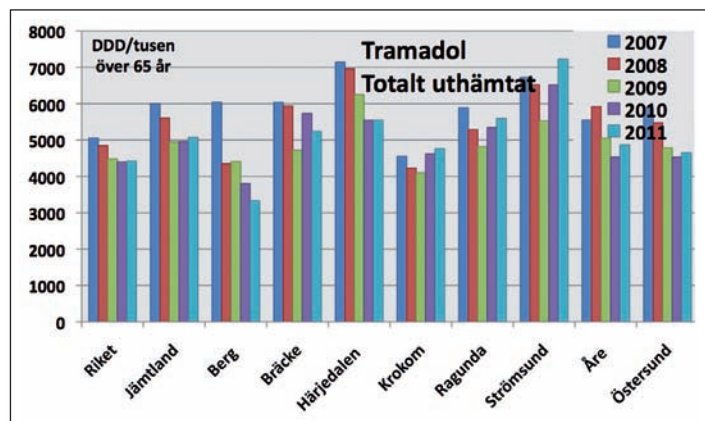
Vid depression istället för Maprotilin (Ludiomil), Klomipramin (Anafranil), Nortriptylin (Sensaval), Amitriptylin (Tryptizol, Saroten):

- SSRI

Vid neuropatisk smärta i stället för Amitriptylin (Tryptizol, Saroten):

- Gabapentin
- Nortriptylin (Sensaval) (något mindre antikolinerg effekt än amitriptylin)

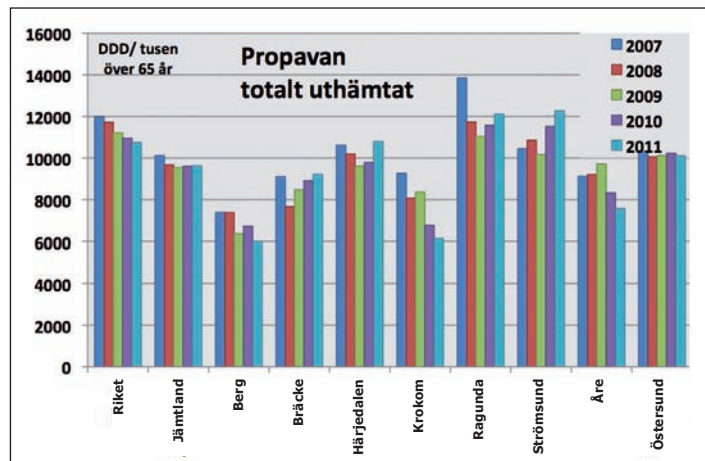
3. Det smärtstillande medlet tramadol (Tradolan/Nobligan/Tiparol



Förslag till alternativ när paracetamol + COX-hämmare är otillräckligt eller olämpligt:

- Buprenorfin (Norspan plåster)
- Morfin (depåberedning)

4. Sömnmedlet propiomazin (Propavan)



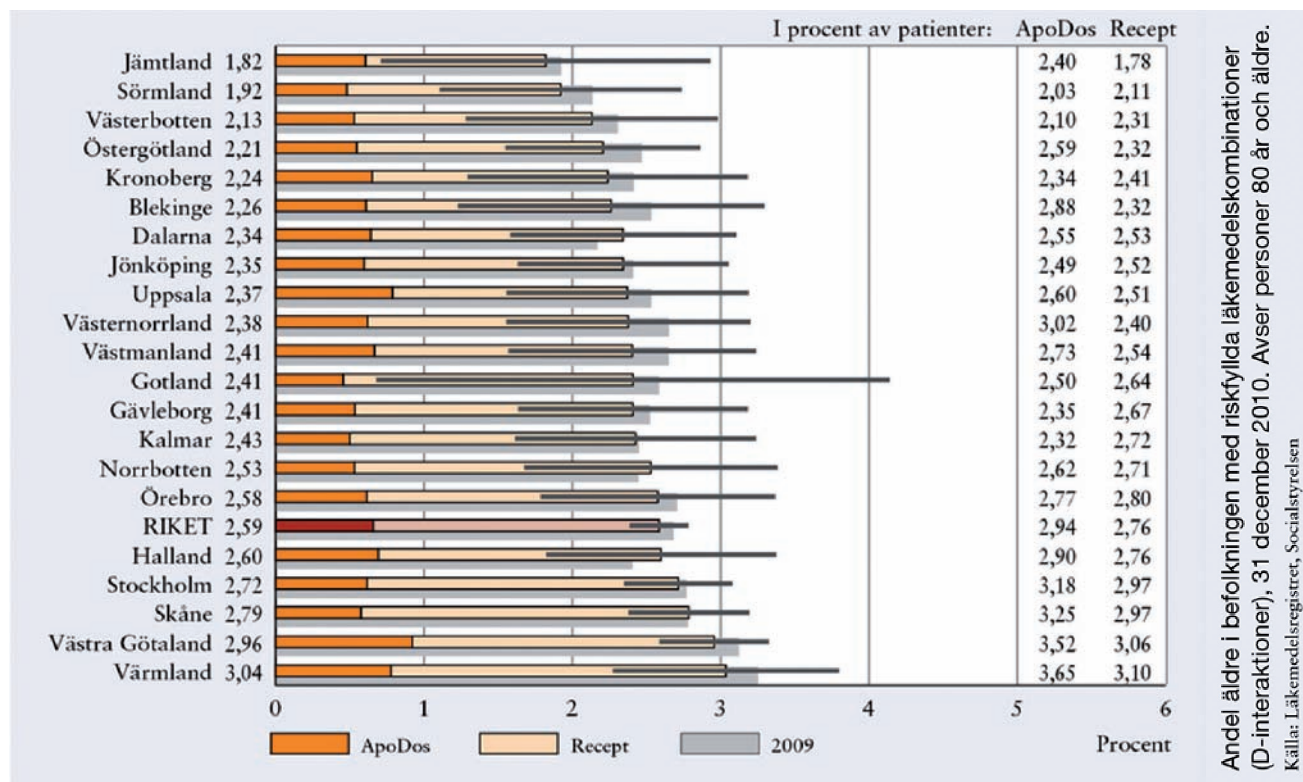
Förslag till alternativ:

- Zopiklon (Imovane)
- Mirtazapin

forts. nästa sida

Olämpliga läkemedelskombinationer

Detta mäts i öppna jämförelser men då för personer över åttio år:



Läkemedel mot psykos

Läkemedel mot psykos (neuroleptika utom Litium): Levopromazin (Nozinan), Siqualone, Trilafon, Proklorperazin (Stemetil), Haldol, Buronil, Serdolec, Truxal, Cisordinol, Clopixol, Klopapin, Olanzapin (Zyprexa), Quetiapin (Seroquel), Risperidon (Risperdal), Abilify, Paliperidon (INVEGA, Xeplion)

- Kolinesterashämmare
- SSRI
- Antiepileptika
- Oxazepam (Sobril)

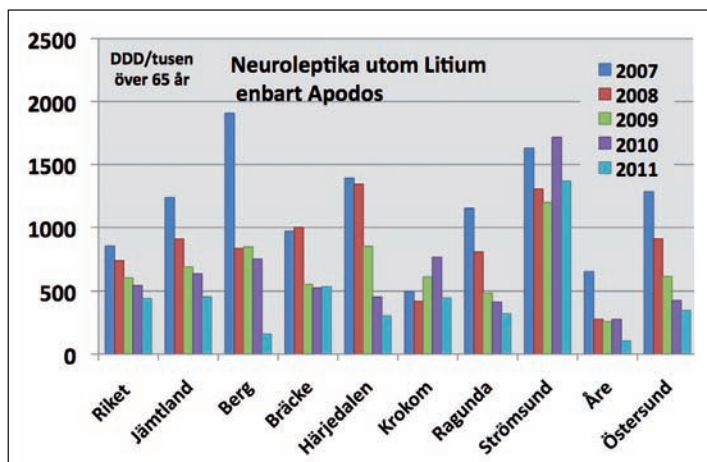
KOMMENTAR

De här måtten är grova och tar inte hänsyn till indikationen och lämpligheten av ordinationen till den enskilda patienten. I vissa fall är de »olämpliga» läkemedlen det enda alternativet och kan fungera bra och utan bieffekter. Man skulle kunna tro att det sker en omättligt stor förskrivning av olämpliga läkemedel till äldre, men det mest förskrivna – Propavan – används av 3,2 procent av Jämtar över 65 år och antikolinerga läkemedel totalt av 3,3 procent. Det kan jämföras med Trombyl och läkemedel mot högt blodtryck som används av cirka 50 procent.

Jämtlands län ligger lägre än genomsnittet i riket för några av dessa mått vilket är bra men det gör det svårare att minska ytterligare. Det gäller främst måttet olämpliga läkemedelskombinationer. Störst möjlighet till minskning kanske är Tramadol och de mått där variationen inom länet är stor: bensodiazepiner med lång halveringstid och neuroleptika utom Litium.

REFERENSER

1. www.regeringen.se/content/1/c6/18/26/76/9b77c112.pdf
2. Socialstyrelsen 2010. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre <http://korta.nu/0bba>
3. Husebo BS et al. Efficacy of treating pain to reduce behavioural disturbances in residents of nursing homes with dementia: cluster randomised clinical trial. BMJ 2011;343:d4065 doi: 10.1136/bmj.d4065 <http://korta.nu/fctbx>



Förslag till alternativ vid psykotiska symtom och beteendesyntom vid demens:

- Omvårdnadsåtgärder
- Tillräcklig smärtbehandling
 - Paracetamol på vida indikationer³

Läkemedelsfrågor i nationell enkät till patienter inom primärvården

HANS FRÖLING

KONTAKTPERSON NATIONELL PATIENTENKÄT

Under hösten 2011 genomfördes den andra nationella enkäten till patienter som besökt länets hälsocentraler. Enkäten genomförs av Indikator AB på uppdrag av SKL. Totalt i länet tillfrågades nästan 5000 patienter. 2 920 besvarade enkäten. Svarsfrekvensen var 61 procent.

Resultatet för varje fråga redovisas i ett värde som kallas patientupplevd kvalitet (PUK-värde) och kan anta ett värde mellan 0 och 100.

Vi har genomgående lägre värden på de tre läkemedelsfrågorna, jämfört med förra undersökningen år 2009.

Frågor och resultat redovisas nedan:

	JLL 2011	Riket 2011
• Frågade läkaren dig om andra läkemedel som du använder?	58	64
• Förklarade någon läkare varför du skulle ta de läkemedel du fått på ett sätt som du förstod?	89	89
• Berättade läkaren för dig om eventuella biverkningar av läkemedel som du skulle uppmärksamma?	41	42

Värt att notera är att dessa frågor utgör ett av kriterierna för att få del av de 25 miljoner kronor som regeringen avsatt i en pott för patientsäkerhet. Medelvärde för dessa frågor måste då vara lägst 70. Vårt medelvärde var 62,6. Vid förra mätningen år 2009 var vårt medelvärde 69.

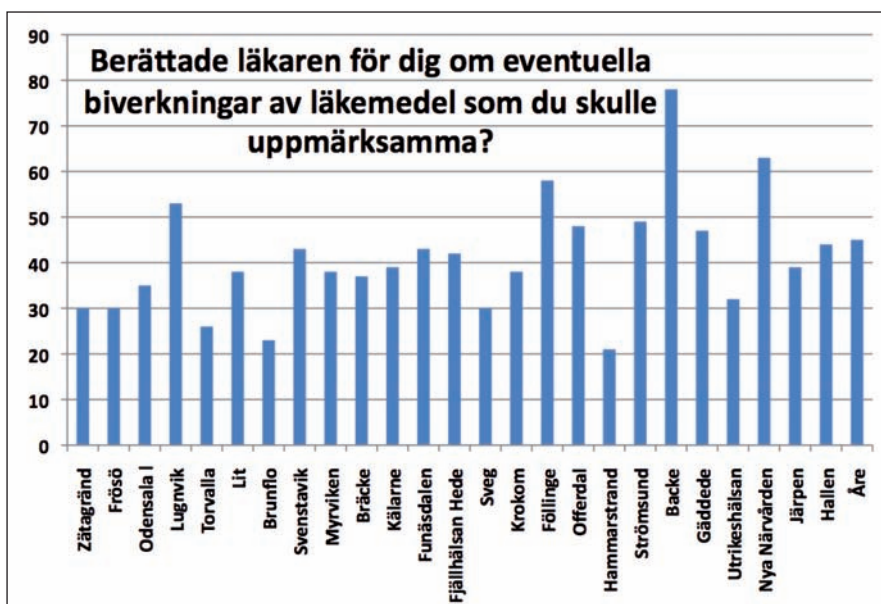
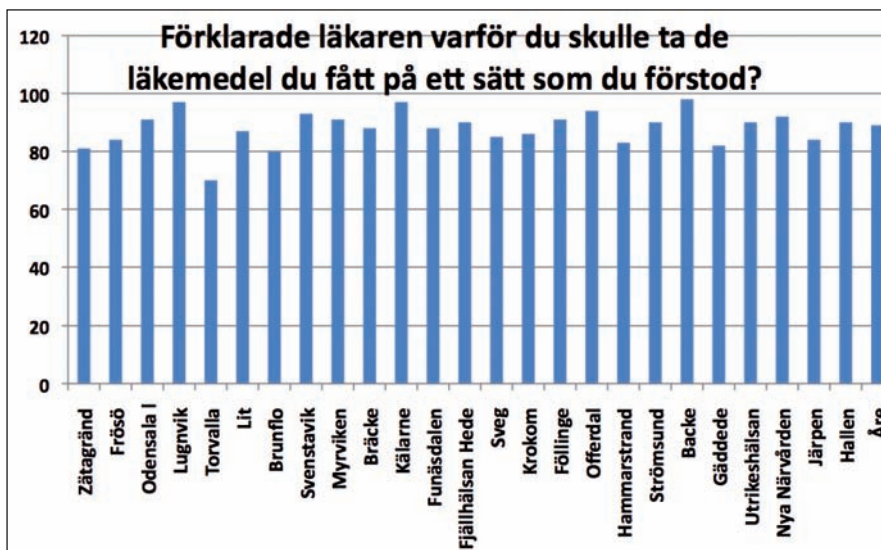
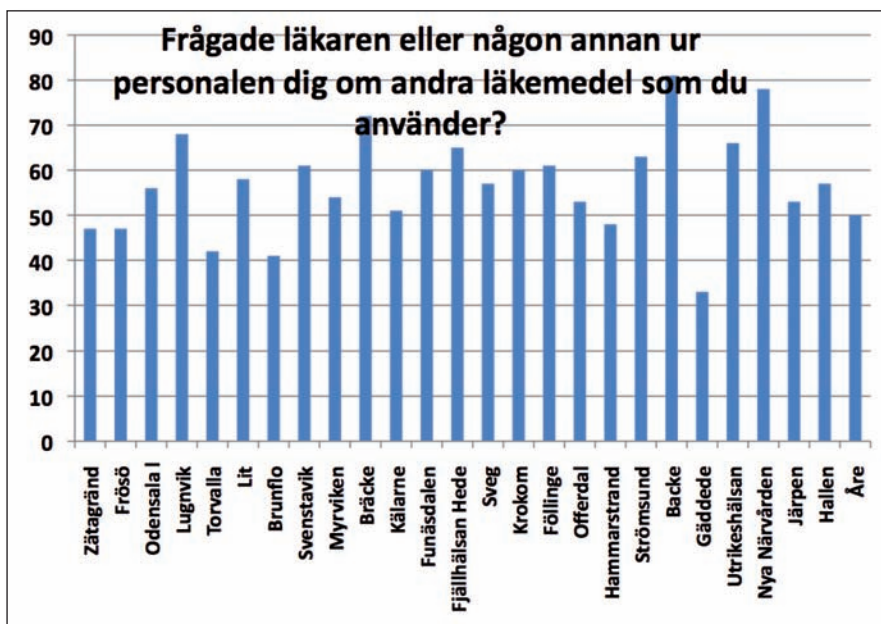
Av resultaten framgår att information om biverkningar är den faktor som mest drar ned vårt medelvärde.

Jämförelse med 2009 års resultat:

	JLL 2009	JLL 2011
• Frågade läkaren dig om andra läkemedel som du använder?	70	58
• Förklarade någon läkare varför du skulle ta de läkemedel du fått på ett sätt som du förstod?	91	89
• Berättade läkaren för dig om eventuella biverkningar av läkemedel som du skulle uppmärksamma?	46	41

FÖR MER INFORMATION KONTAKTA:

Hans Fröling ledningsstab kvalitet,
063-14 75 92, 070-663 32 33, hans.froling@jll.se



Nyheter om pris och subvention av antiepileptika

MAGDALENA PETTERSSON, INFORMATIONSAPOTEKARE, LÄKEMEDELSCENTRUM, UMEÅ

Pregabalin (Lyrica) får begränsad subvention på indikationerna neuropatisk smärta och generaliserat ångestsyndrom. Originalläkemedlet Topimax tappas sin subvention, (generika finns tillgängligt). Priserna på originalläkemedlen Neurontin och Lamictal sänks liksom priserna för TNF-alfa-hämmare.

Pregabalin (Lyrica) har en stor försäljning, kostnaden för Västerbotten landade på 6,5 miljoner 2011. På indikationen neuropatisk smärta är tricykliskt antidepressiva (TCA ex amitriptylin (Tryptizol)) eller gabapentin förstahandsval enligt Läke-medelsverkets behandlingsrekommendationer. Pregabalin kan vara ett alternativ efter att dessa båda läkemedel provats. TLV konstaterar att pregabalin inte är ett kostnadseffektivt förstahandsalternativ och att patienter som inte tidigare provat TCA eller gabapentin bör få prova dessa.

- **Vid neuropatisk smärta ges Lyrica med subvention endast till de patienter som inte nått behandlingsmålet med vare sig TCA eller gabapentin eller då dessa inte är lämpliga av medicinska skäl.**

För indikationen generaliserat ångestsyndrom (GAD) är SSRI (ex sertraline) eller SNRI (ex venlafaxin) förstahandsval enligt Läke-medelsverkets och Socialstyrelsens riktlinjer. Behandlingskostnaden för pregabalin är högre och det är inte visat att effekten av pregabalin är bättre. Patienter som inte provat SSRI eller SNRI bör få prova dessa.

- **Vid generaliserat ångestsyndrom subventioneras Lyrica endast till patienter som ej nått behandlingsmålet med antingen SSRI eller SNRI eller då dessa inte är lämpliga av medicinska skäl.**

Epilepsiläkemedel

Läkemedel mot epilepsi är inte utbytbara även om patentet gått ut och generika finns tillgängliga. Det beror på läkemedlens snäva terapeutiska intervall på individnivå. Utbytet är inte heller kopplat till indikation så även om läkemedlet har andra godkända indikationer får det ej bytas ut på apoteken.

TLV bedömer att patienter med epilepsi som står på originalläkemedlen Lamictal, Neurontin eller Topimax kan ställas över på billigare generika under kontrollerade former. Vid övriga indikationer: lamotrigin – bipolär sjukdom, gabapentin – neuropatisk smärta och topiramat – profylax av migränhuvudvärk finns inte något skäl att använda de dyrare produkterna. Från 1 februari 2012 kommer priserna på originalen Lamictal och Neurontin att sänkas med 65 procent och är därmed fortsatt subventionerade – *men priserna på generika är fortfarande lägre så fortsatt förskriva generiskt lamotrigin och gabapentin!*

Topimax utesluts ur läkemedelsförmånen

Företaget som tillverkar Topimax har däremot inte gått med på någon prissänkning och Topimax kommer därför inte att ingå i högkostnadsskyddet efter 1 januari 2013, undantaget styrkan 15 mg. Det innebär att patienterna under 2012 bör ställas över på generiskt topiramat under kontrollerade former.

TLV fastställer takpriser på utbytbara läkemedel

De nya reglerna gäller från 1 oktober 2011 och innebär att TLV sänker det accepterade högsta priset på originalläkemedel med 65 procent när en stabil generisk konkurrens har uppstått, dock tidigare sex månader efter att generikautbyte blivit möjligt på grund av patentutgång. Det innebär att originalläkemedel får kosta högst 35 procent av vad de kostade när generisk konkurrens uppstod om det vill fortsätta att ingå i läkemedelsförmånen. Det kan leda till att de företag som inte går med på en prissänkning får sina produkter utesluta ur förmånssystemet. Bland annat utgick Eulexin (flutamid) och Exelon kapslar (rivastigmin) ur förmånerna den 1 december 2011 på grund av detta. Generiskt flutamid och rivastigmin finns att tillgå så det är bra att alltid ta för vana att förskriva generiska läkemedel när sådana finns. Läkemedel som är utesluta ur läkemedelsförmånen kan aldrig bytas ut på apoteken.